



**RICHIESTA PER LA GESTIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) TRA SOGGETTI  
MAGGIORENNI**

Il /la sottoscritt \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il / la Sig./ra \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

*come persona di fiducia per la gestione in delega del proprio FSE, per le operazioni indicate a  
pagina 2 del presente documento.*

**NOTA BENE**

**NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA VENGA PRESENTATA DAL SOGGETTO  
DELEGATO, A CORREDO DEL PRESENTE MODULO, DOVRA' ESSERE  
PRESENTATA OLTRE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL  
DELEGANTE ANCHE QUELLA DEL DELEGATO**



## Gestione gradi visibilità Delega

### Scegli tra le opzioni sottostanti:

**Accesso completo:**

Selezionando questo ambito il delegato opera sul FSE dell'assistito delegante con i medesimi privilegi

**Nota:** le funzionalità *Esporta documenti* e *Gestione Notifiche* vengono rese disponibili al delegato esclusivamente con l'opzione **Accesso completo**.

L'opzione **Profilo Utente - Consenso** è necessaria per prendere visione dell'Informativa vigente e confermare/modificare il consenso senza il quale non si può operare su FSE.

La selezione delle funzionalità elencate di seguito può essere fatta singolarmente o in combinazione tra loro, definendo così a quali elementi il delegato potrà accedere e la relativa gestione in delega.

**Documenti clinici:**

*consultazione e gestione oscuramenti*

**Vaccinazione:**

*consultazione*

**Prescrizioni:**

*consultazione*

**Taccuino:**

*consultazione ed inserimento dati/documenti*

**Nuova Prenotazione:**

*prenotazione di visite ed esami*

**Vedi/Modifica/Paga:**

*gestione prenotazioni attive e relativi pagamenti*

**Profilo utente - Dati anagrafici:**

*consultazione*

**Profilo utente – Esenzioni:**

*consultazione*

**Profilo utente - Le mie notifiche:**

*consultazione*

**Profilo utente – Accessi:**

*consultazione*

**Profilo utente – Consenso:**

*gestione*

**Scelta/Revoca Medico di Famiglia:**

*selezione medico e stampa tesserino sanitario regionale*

Data e firma del delegante \_\_\_\_\_